

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N° 278

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Albert SERÉE

Né au Vésinet (Seine-et-Oise), le 4 décembre 1883

LA

HERNIE PÉRINÉALE DE LA VESSIE

(Cystocèle vaginale)

ET SON TRAITEMENT CHIRURGICAL

Président : M. HARTMANN, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVÉ & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1911

278

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Albert SERÉE

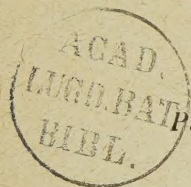
Né au Vésinet (Seine-et-Oise), le 4 décembre 1883

LA

HERNIE PÉRINÉALE DE LA VESSIE

(Cystocèle vaginale)

ET SON TRAITEMENT CHIRURGICAL



Président : M. HARTMANN, *professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	DEJERINE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
	BAR
Clinique d'accouchements	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Externat 1904-1908

M. LE DOCTEUR LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MUSELIER

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMOULIN

MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUET

Internat 1908-1911

MONSIEUR LE DOCTEUR LAUGIER

MONSIEUR LE DOCTEUR E. REYMOND

LA
HERNIE PÉRINEALE DE LA VESSIE
(Cystocèle vaginale)
ET SON TRAITEMENT CHIRURGICAL

INTRODUCTION

Bien qu'il soit classique d'étudier dans leur ensemble, sans les dissocier, les différents éléments du prolapsus génital de la femme, nous ne nous occuperons ici que de la cystocèle vaginale.

Il est en effet extrêmement fréquent pour les chirurgiens d'aujourd'hui d'observer la cystocèle à l'état isolé, au début du prolapsus génital dont elle constitue presque toujours le premier stade. Dans tous les cas, qu'elle se présente seule ou associée aux autres prolapsus, la cystocèle vaginale a toujours une symptomalogie particulière, elle exige une thérapeutique chirurgicale qui lui est propre.

L'opération que nous préconisons a été pratiquée depuis quelques années, par notre maître le D^r Raymond, dans son service de chirurgie de la Maison départementale de la Seine. Elle a été brièvement décrite par lui dans une communication faite au

XVI^e Congrès international de Médecine (Budapest, 1909). Nous donnons ici un exposé complet de son procédé.

Sa technique opératoire nous apparaît comme une déduction logique des considérations étiologiques et pathogéniques les plus généralement admises. Basée sur des faits anatomiques précis, elle constitue une opération des plus rationnelles, elle est de celles qui satisfont pleinement l'esprit du chirurgien. Enfin, l'observation clinique nous a permis d'en apprécier les résultats, qui sont des meilleurs.

Nous tenons à remercier ici notre maître pour les nombreux conseils qu'il nous a donnés au cours de cette étude, pour la grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, et pour la grande initiative qu'il a bien voulu nous laisser dans son service. Nous lui adressons l'expression de notre bien vive reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

On dit qu'il y a cystocèle vaginale lorsque la vessie, repoussant devant elle la paroi antérieure du vagin, vient faire saillie à la vulve. En employant le terme de *hernie périnéale de la vessie*, nous avons voulu indiquer nettement notre façon d'envisager cette affection. A notre point de vue, *la cystocèle vaginale est une hernie*, son origine, ses symptômes son évolution permettent de l'assimiler aux autres hernies abdominales et elle exige un traitement chirurgical analogue.

Il y a longtemps que certains auteurs, en première ligne desquels il faut citer HART et TRÉLAT, considérant l'ensemble des prolapsus génitaux, les avaient comparés aux hernies abdominales. Ils attribuaient ainsi dans la pathogénie des prolapsus un rôle primordial à *l'insuffisance du plancher pelvien*. La pression des viscères intra-abdominaux portant sur un périnée de mauvaise qualité, amenait à la vulve la constitution d'un prolapsus, véritable hernie sacro-pubienne, assimilable aux autres hernies.

Cette théorie pathogénique, admise par beaucoup d'auteurs, n'est pas applicable à tous les prolapsus génitaux. Pour le prolapsus utérin par exemple, d'autres éléments sont à envisager, il faut tenir compte des altérations des ligaments suspenseurs de l'utérus ainsi que des modifications utérines.

Au contraire, lorsqu'on considère isolément la cystocèle vaginale, c'est-à-dire celle qui se présente anatomiquement et cliniquement sans déplacement appréciable de l'utérus la pathogénie est beaucoup moins complexe.

On conçoit aisément que la vessie, organe éminemment élastique et extensible, puisse se prolaber sans qu'il y ait aucune altération du côté de ses moyens de suspension. Il suffit d'une *défection de son plan de soutien* pour que la pression abdominale amène en ce point la constitution d'une cystocèle, même s'il y a intégrité absolue des éléments suspenseurs. C'est toujours à travers un plancher pelvien défectueux que se produit la hernie vésicale et c'est ici le seul élément pathogénique à considérer. Il nous suffira donc pour exposer l'étiologie de la cystocèle vaginale, telle que nous la comprenons, d'étudier chez la femme le plan de soutien de la vessie, c'est-à-dire la partie antérieure du plancher pelvien. Nous rappellerons tout d'abord son anatomie normale, pour en signaler ensuite les modifications pathologiques avec leurs causes et leurs conséquences.

LE PLAN DE SOUTIEN DE LA VESSIE

Située à la partie antérieure de la cavité pelvienne la vessie repose par sa base sur la partie antérieure du plancher pelvien. Lorsqu'on examine par en haut ce plancher pelvien, il est facile de constater qu'il ne ferme pas complètement le bassin.

Les muscles qui le constituent (releveur de l'anus et ischio-coccygien) laissent subsister en avant, entre la symphyse pubienne et la paroi antérieure du vagin, un espace dépourvu de fibres musculaires. C'est à ce niveau que repose la base vésicale et c'est là le point de départ des cystocèles.

Comment est constitué cet espace ? En adoptant la classification habituelle des anatomistes français, nous voyons que c'est *le bord interne de la portion interne ou élévatrice du muscle releveur de l'anus* qui limite avec celui du côté opposé une échancrure large de 20 à 25 millimètres, comprise entre la face postérieure de la symphyse pubienne et la face antérieure du vagin. Cette échancrure pré-vaginale des releveurs laisse normalement passer l'urèthre. La vessie est maintenue au-dessus de cette échancrure par la tonicité de la sangle musculaire ; ce sont les bords internes des muscles releveurs de l'anus, revêtus de leurs aponévroses et fortement tendus d'avant en arrière, qui maintiennent en place la vessie et le vagin, et qui représentent pour ces organes le principal moyen de fixité.

On conçoit dès lors que toute cause de relâchement de cette sangle musculaire aboutira au même processus pathologique.

L'échancrure pré-vaginale des releveurs se comportera comme un *orifice herniaire*.

Sous l'influence de la pression abdominale, les bords internes des releveurs, véritables *piliers de l'orifice herniaire*, se laisseront écarter l'un de l'autre, livrant passage à la hernie vésicale.

Lorsque la vessie a franchi de la sorte l'échancrure pré-vaginale des releveurs, la cystocèle vaginale se constitue plus ou moins rapidement. Les muscles du périnée superficiel se laissent distendre à leur tour, et sous l'influence plus ou moins brusque des poussées abdominales, la vessie, repoussant devant elle la paroi antérieure du vagin, vient faire hernie à la vulve.

En ce qui concerne l'étiologie proprement dite de la cystocèle vaginale, on lui reconnaît, comme à toutes les hernies, deux sortes de causes : des *causes prédisposantes* et des *causes déterminantes*.

1^o CAUSES PRÉDISPOSANTES. — Ce sont *toutes les causes d'affaiblissement et de relâchement de la sangle musculaire pelvienne* ; elles peuvent être d'ordre général ou d'origine locale.

a) *Causes générales*. — Ce sont toutes les causes de débilitation générale, maladies infectieuses, troubles de la nutrition, etc..., qui aboutissent à une diminution de la tonicité musculaire. Il est fréquent de voir apparaître la cystocèle immédiatement après

la *ménopause*; en raison des modifications importantes qu'elle produit au niveau de l'appareil génital de la femme, la *ménopause* nous paraît avoir dans de nombreux cas un rôle étiologique des plus nets.

b) *Causes locales*. — L'influence des grossesses et accouchements répétés est évidente. Cependant, on aurait tort de croire à un rapport direct entre la fréquence de la cystocèle et la multiparité. S'il est fréquent d'observer la hernie vésicale chez les grandes multipares, on la trouve également très souvent après un ou deux accouchements; plusieurs de nos opérées étaient primipares; dans la majorité des cas, la mauvaise qualité de la musculature périnéale est le facteur le plus important.

L'influence des accouchements dystociques ne nous paraît pas nettement établie. Nous avons soigneusement questionné à ce sujet toutes nos opérées et nous n'avons trouvé chez elles *aucun cas de déchirure périnéale*. Il semble, au contraire, que la cystocèle se produise de préférence chez les femmes à tissus mous, dont le périnée se laisse facilement distendre pendant l'accouchement.

Par contre, dans tous nos cas, nous avons pu incriminer nettement le *lever précoce après l'accouchement*. Alors que l'involution utérine est incomplète, lorsque le périnée est encore distendu par le passage du fœtus, la marche et la station debout sont des conditions particulièrement favorables à la production de la hernie vésicale.

2° CAUSES DÉTERMINANTES. — Ce sont les pressions abdominales indéfiniment répétées de la vie journalière, ce sont les efforts violents de toute nature, quelle qu'en soit la cause. Ainsi agissent les travaux pénibles, la station debout prolongée, la toux, *toutes les causes habituelles des hernies abdominales.*

En résumé, le relâchement de la sangle musculaire pelvienne donne l'aptitude à la hernie périnéale de la vessie; la lésion elle-même s'établit ensuite sous l'influence de la pression abdominale.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Lorsqu'on étudie dans les traités classiques l'anatomie pathologique des prolapsus génitaux, on constate souvent, au milieu d'une abondance de détails parfois contradictoires, un manque absolu de faits anatomiques précis. En ce qui concerne particulièrement la cystocèle vaginale, nous n'avons trouvé dans aucun auteur une description complète permettant d'envisager les rapports exacts de la vessie herniée avec les organes voisins. Il est certain que les autopsies et dissections faites sur le cadavre devaient fournir à ce sujet des renseignements beaucoup moins instructifs que ceux que nous donnent aujourd'hui les opérations chirurgicales.

En disséquant opératoirement quelques cystocèles nous nous sommes efforcé d'en préciser quelque peu l'anatomie pathologique. Nos recherches ont porté sur deux points principaux : 1° les rapports de la vessie avec le col utérin ; 2° la situation du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin.

RAPPORTS DE LA VESSIE ET DU COL
UTÉRIN DANS LA CYSTOCÈLE

On admet généralement que le col utérin dans sa portion extra-vaginale ou sus-vaginale est normalement en rapport en avant avec la vessie, à laquelle il est uni par une couche de tissu conjonctif lâche. En ce point, sur une hauteur de 20 millimètres environ, l'utérus et la vessie sont intimement en contact et le tissu conjonctif lâche qui les unit permet d'ordinaire de séparer les deux organes avec facilité, ainsi qu'on le fait couramment dans l'hystérectomie vaginale ou abdominale.

Il n'en est pas de même dans les cas de cystocèle. Dans toutes nos interventions, lorsque nous avons disséqué la vessie d'avec le col utérin, nous avons toujours trouvé ces deux organes unis par des *adhérences* assez difficiles à rompre.

Ces adhérences étaient toujours plus accusées *sur la ligne médiane*. Tandis que, sur les parties latérales, la vessie se laissait assez facilement détacher de l'utérus, il fut presque toujours nécessaire, sur la ligne médiane, de sectionner aux ciseaux ces adhérences vésico-utérines.

En plus de ces adhérences anormales, nous avons également observé, dans tous nos cas de cystocèle, *une descente très accusée de la vessie en avant du col de l'utérus*. C'est là une lésion typique et caractéris-

tique de la cystocèle isolée, c'est-à-dire de celle qu'on observe en dehors du prolapsus utérin, lorsqu'il n'y a pas de changement notable dans la situation de l'utérus. Dans ce cas, tandis que l'utérus reste en position normale, la vessie herniée glisse en avant de lui pour se prolaber à la vulve, et elle se trouve en contact avec la face antérieure du col utérin, non plus seulement dans sa portion sus-vaginale, mais sur toute la longueur du col, descendant en bas *jusqu'au niveau du museau de tanche*.

Cette descente de la vessie en avant de l'utérus nous paraît constituer une lésion constante dans la cystocèle isolée. Nous l'avons toujours constatée dans toutes nos dissections opératoires.

Cette position basse de la vessie en avant du col utérin a une grosse importance, tant au point de vue clinique qu'au point de vue de l'intervention.

Cliniquement, elle se traduit par une modification complète du cul-de-sac vaginal antérieur qui, comblé par la vessie, se trouve toujours très effacé ou même complètement disparu. Nous reviendrons sur ce point important en étudiant la symptomatologie de la cystocèle.

Au point de vue opératoire, cette situation basse de la vessie oblige à commencer très bas la dissection vésico-utérine ; c'est en effet immédiatement au-dessus de l'orifice externe du col utérin qu'il faudra commencer à séparer la vessie de l'utérus.

LE CUL-DE-SAC PÉRITONÉAL VÉSICO-UTÉRIN
DANS LA CYSTOCÈLE

On sait que normalement, le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin descend entre la vessie et le corps de l'utérus ; on admet généralement que sa limite inférieure se trouve au niveau de l'isthme utérin, à la limite du col et du corps.

Que devient ce cul-de-sac dans la cystocèle isolée. Autrement dit, l'utérus restant en situation normale, la vessie descendant en avant de lui pour se prolaber à la vulve, à quel niveau trouverons-nous le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin.

Si nous nous rapportons à nos observations opératoires, nous avons toujours trouvé, dans tous nos cas, *le cul-de-sac péritonéal en position absolument normale*. Nous avons toujours vu sa limite inférieure au niveau de l'isthme utérin, quelle que fut la grosseur de la hernie vésicale ; jamais nous n'avons vu le cul-de-sac péritonéal descendre plus bas entre la vessie et l'utérus.

Ici, il importe d'établir une distinction nette entre la cystocèle vaginale, telle que nous l'étudions, et *l'entéroçèle vaginale antérieure*.

Il y a entéroçèle vaginale antérieure lorsque le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, anormalement développé, vient s'interposer entre la vessie et l'utérus pour venir en contact avec la paroi vaginale antérieure. Les anses intestinales, descendant dans

ce cul-de-sac agrandi, viennent constituer au niveau du vagin une variété de hernie péritonéale. C'est là une affection très rare, les quelques cas rapportés par Breisky, Etheridge et cités dans tous les classiques sont restés absolument exceptionnels. D'après Freund et la plupart des auteurs, il s'agirait d'une malformation congénitale due à la persistance d'un état fœtal (manque de coalescence des feuilletts péritonéaux). Cette *entérocele congénitale* ne s'accompagne d'ailleurs pas habituellement de cystocèle ; il en résulte qu'au point de vue anatomique comme au point de vue pathogénique, il ne saurait y avoir confusion entre ces deux affections.

Est-ce à dire que la cystocèle soit toujours une hernie uniquement para-péritonéale et ne puisse en aucun cas se compliquer d'une véritable hernie péritonéale.

Violet et Bonnet (de Lyon), dans un travail récent sur l'anatomie pathologique de la cystocèle, ont apporté à ce sujet une observation des plus intéressantes.

Traitant la cystocèle par un procédé chirurgical analogue à celui employé par nous, ils ont au cours d'une dizaine d'interventions trouvé le cul-de-sac vésico-utérin à sa hauteur normale. Mais dans un cas, au cours de leur dissection opératoire, ils trouvèrent entre la vessie et l'utérus un véritable sac péritonéal. Ce sac, logé latéralement dans l'angle dièdre formé par le col et la paroi vaginale, fut réséqué après ouverture, à la façon d'un sac de hernie. Il

était développé aux dépens du feuillet antérieur du ligament large de gauche et descendait, sur le bord gauche du col utérin, jusqu'à 3 centimètres de l'orifice externe du museau de tanche. La hernie vésicale se trouvait donc accompagnée d'une hernie péritonéale développée latéralement.

Il faudrait un grand nombre d'observations opératoires pour apprécier la fréquence de ces hernies péritonéales associées à la cystocèle ; nous pouvons néanmoins, d'après l'ensemble des faits observés, émettre l'opinion suivante.

Dans la majorité des cas, la hernie périnéale de la vessie ne comporte aucune modification du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin.

Dans certains cas, au contraire, la cystocèle vaginale peut s'accompagner d'une hernie péritonéale, tout comme la cystocèle inguinale ou crurale.

Signalons en passant, pour les opérations où la dissection du cul-de-sac vésico-utérin serait jugée nécessaire, qu'il est assez adhérent à l'utérus par sa face postérieure, tandis que sa face antérieure n'adhère que très peu à la vessie, qui glisse au-devant avec la plus grande facilité.

CHAPITRE III

ÉVOLUTION, SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC

Comme toutes les hernies, la cystocèle vaginale peut présenter deux modes de début. Tantôt le début est insidieux, la lésion se constitue lentement et progressivement, ce *début insidieux* est d'ordinaire le plus fréquent.

Mais il est moins rare qu'on ne croit de voir la cystocèle apparaître brusquement, à la suite d'un effort. Nous avons observé plusieurs fois ce *début brusque*, notre malade de l'observation VIII en présente un exemple typique. En faisant un violent effort pour soulever une lessiveuse, elle sentit sortir brusquement à la vulve, avec une sensation de déchirure, une tumeur du volume d'un œuf.

Nous avons vu dans un autre cas l'apparition de la cystocèle à la suite d'une chute. Ce début par effort est d'ailleurs signalé par les classiques dans tous les prolapsus génitaux. Trélat insiste particulièrement à ce sujet dans ses cliniques.

Une fois constituée, la cystocèle tend à s'accroître progressivement, comme toutes les hernies abdominales. Mais en même temps qu'elle augmente

de volume, elle ne tarde pas à se compliquer et à s'accompagner d'autres prolapsus. La cystocèle isolée n'est, en effet, dans la majorité des cas, que le premier stade d'un prolapsus génital plus complexe. A la hernie vésicale viennent alors s'ajouter d'autres lésions (prolapsus utérin, rectocèle).

Quoi qu'il en soit, il y a toujours une période où la cystocèle existe seule, sans rectocèle ni prolapsus utérin, c'est alors une véritable entité pathologique qui présente des symptômes particuliers.

Nous n'insisterons pas sur les *symptômes fonctionnels* qui sont bien connus. Ce sont d'abord des sensations douloureuses, plus ou moins intenses suivant les sujets. Tantôt c'est une simple sensation de pesanteur à la vulve, tantôt des douleurs vives, intolérables, s'accompagnant de troubles gastro-intestinaux, de phénomènes psychiques et hypochondriaques.

Les troubles urinaires manquent rarement, ce sont surtout des troubles de la miction, *dysurie* et *pollakiurie*. L'importance de troubles urinaires n'est pas en rapport direct avec le volume de la cystocèle, nous avons vu de petites cystocèles donnant lieu à des symptômes vésicaux beaucoup plus marqués que ceux des cystocèles volumineuses. Il semble que l'intensité des troubles de la miction est plutôt subordonnée, d'abord à la nervosité du sujet, et surtout à la plus ou moins bonne contractilité du muscle vésical. La dysurie et la pollakiurie sont en effet causées par un certain degré de *rétention vési-*

cale, et quoique cette rétention ait pour cause initiale la position basse de la vessie, elle varie dans de grandes proportions, suivant l'énergie de la contraction musculaire. Lorsque la vessie est en rétention habituelle très accusée, on peut observer l'incontinence par regorgement, la vessie peut s'infecter, la cystite s'installe, il peut y avoir formation de calculs vésicaux.

Les signes physiques de la cystocèle nous retiendront plus longuement.

A l'*inspection* de la vulve, la cystocèle se présente habituellement sous la forme d'une tumeur arrondie ou ovale, plus ou moins volumineuse, de couleur rose violacé. Cette tumeur fait saillie sous la paroi vaginale antérieure, sa surface est ridée de plis transversaux formés par la muqueuse vaginale. Elle est séparée des petites lèvres par deux sillons latéraux ; en haut et en avant, elle est séparée par un autre sillon de la paroi inférieure de l'urèthre ; en arrière et en bas elle est séparée de la paroi vaginale postérieure par l'orifice du vagin.

Comme toutes les hernies, la cystocèle augmente de volume sous l'influence des efforts abdominaux. Lorsqu'on engage la femme à pousser, la saillie vésicale s'exagère, la paroi antérieure du vagin bombe en avant, déprimant le périnée. Lorsque cesse l'effort abdominal, la cystocèle revient à son volume antérieur.

Pratiquée par le *toucher vaginal*, la palpation permet de trouver dans la cystocèle les caractères habi-

tuels des hernies. On reconnaît ainsi que sa consistance, fluctuante ou rénitente suivant le degré de réplétion de la vessie, augmente de dureté sous l'influence des efforts abdominaux.

Elle présente de l'impulsion, c'est-à-dire que, dans les efforts, dans la toux, la main perçoit une sensation de choc ou d'expansion. Enfin, lorsque la vessie est vide, la cystocèle est réductible, elle s'efface lorsqu'on exerce sur elle une pression, pour réapparaître ensuite, soit spontanément, soit à la suite d'un effort quelconque.

Le toucher vaginal permet également de reconnaître certains signes particuliers à la cystocèle.

C'est tout d'abord *l'effacement ou la disparition du cul-de-sac antérieur du vagin*. En étudiant l'anatomie pathologique nous avons vu en effet que la vessie, descendant très bas en avant du col utérin, venait combler plus ou moins complètement ce cul-de-sac. Il est facile de s'en rendre compte par un simple toucher vaginal. Le doigt porté sur l'orifice du col utérin et ramené légèrement de haut en bas, sans pression, en suivant la paroi vaginale antérieure, ne sent pas en avant du col la dépression caractéristique du cul-de-sac antérieur. Par contre en déprimant plus énergiquement la paroi vaginale, il est facile de creuser avec le doigt en avant du col, un cul-de-sac artificiel qui n'est pas du tout le cul-de-sac normal puisqu'il répond en arrière, non pas au col utérin proprement dit, mais à la vessie descendue en avant du col.

Une manœuvre très simple permet d'observer très exactement cette disposition anatomique. Le doigt vaginal étant maintenu au niveau même de l'orifice du museau de tanche, une sonde de métal ou de verre est introduite par l'urètre et proménée dans toute l'étendue de la vessie. Le bec de la sonde est habituellement perçu par le doigt vaginal, à travers la paroi antérieure du vagin, au niveau même de l'orifice externe du col, immédiatement en avant de cet orifice, et en contact intime avec le col. On peut ainsi apprécier la descente de la vessie en avant de l'utérus. En ramenant simultanément de haut en bas le doigt vaginal et la sonde toujours en contact, il est facile de se rendre compte qu'il n'y a plus de cul-de-sac vaginal antérieur.

Le cathétérisme de la vessie permet également de savoir quel est le degré de rétention vésicale; on verra s'il existe ou non un résidu vésical immédiatement après la miction; on cherchera avec soin s'il y a quelque infection urinaire.

Enfin on complétera toujours l'examen de la cystocèle par l'examen complet des voies génitales. L'inspection de la vulve montrera si la hernie vésicale s'accompagne de rectocèle ou de colpocèle postérieure; par le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, on appréciera si l'utérus est en place, s'il est prolabé ou rétrodévié, s'il s'abaisse sous l'influence des efforts abdominaux. On notera l'état des annexes, l'état du col, on mesurera soigneusement à l'hystéromètre la longueur de la cavité utérine.

C'est de l'ensemble de ces faits qu'on tirera les indications opératoires ; suivant que la cystocèle existera seule ou compliquée d'autres prolapsus, il y aura lieu de la traiter isolément ou d'adjoindre à sa cure radicale des opérations complémentaires.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Laissant complètement de côté tout ce qui concerne le traitement médical des prolapsus génitaux, nous ne nous occuperons dans ce chapitre que du traitement chirurgical de la cystocèle proprement dite.

Les opérations dirigées contre la cystocèle vaginale sont de deux sortes. Les unes, et ce sont les plus anciennes en date, s'adressent au plancher périméal, elles sont destinées à contenir la hernie vésicale, ce sont des *opérations de contention*.

Les autres imaginées par la suite pour suppléer à l'insuffisance des premières sont destinées à suspendre la vessie et se pratiquent généralement par la voie abdominale, ce sont des *opérations de suspension*.

Les opérations de suspension ne s'opposent pas à la cause première de la hernie vésicale. Il ne peut être question de les employer seules, les différentes cystopexies abdominales ne sont que des opérations complémentaires et c'est à ce titre que nous les étudierons plus loin.

Sans faire ici l'historique complet des opérations de contention, nous rappellerons qu'on essaya tout

d'abord de rétrécir la paroi antérieure du vagin, en créant à ce niveau, par des moyens divers, un travail de cicatrisation, un processus de sclérose et d'adhérences consécutives. On employa successivement les cautérisations au nitrate d'argent, à l'acide nitrique, au chlorure de zinc ou au fer rouge (Laugier, Dieffenback, Kennedy).

Puis quelques opérateurs essayèrent de rétrécir le vagin, en réséquant au bistouri un lambeau de muqueuse vaginale et en suturant les bords de l'avivement ainsi obtenu (Marshall Hall, 1825 ; Girardin, 1835). C'est là le principe de l'*élytrotorrhie* ou *colporraphie antérieure*, qui est encore à l'heure actuelle l'opération la plus usitée contre la cystocèle vaginale.

§ 1. — LA COLPORRAPHIE ANTÉRIEURE

Cette opération, bien décrite par Sims dès 1865, consiste essentiellement à réséquer largement toute la partie prolabée de la paroi vaginale antérieure, puis à suturer l'une à l'autre les deux lèvres de l'avivement muqueux. Il existe à l'heure actuelle un très grand nombre de procédés de colporraphie antérieure.

Toutes les formes d'avivement ont été proposées. Sims faisait un avivement en fer à cheval ; Emmet donnait à son avivement la forme d'une truelle ; Simon et Hégar préconisaient l'avivement ovalaire. D'autres auteurs ont proposé des avivements circu-

lares, rectangulaires, etc. etc. ; la forme elliptique ou losangique est aujourd'hui la plus usitée, avec l'avivement triangulaire de Doléris.

En ce qui concerne les sutures, il existe également un très grand nombre de variantes. Les uns ne font qu'un seul plan de sutures, points séparés ou surjet. D'autres font deux plans de sutures superposées, comme dans le procédé de Pozzi, ou dans le *procédé à plicatures profondes* de Lejars.

Quelle que soit la forme de l'avivement, quelle que soit la disposition des sutures, le principe de l'intervention reste le même. La colporrhaphie antérieure est indiquée par tous les traités classiques comme le traitement de choix de la cystocèle vaginale.

Pourtant, les résultats de cette opération sont loin d'être satisfaisants, le nombre des récidives est relativement énorme et on conçoit facilement pourquoi il doit en être ainsi.

C'est que la colporrhaphie antérieure est une opération absolument insuffisante. A la hernie vésicale, à la poussée abdominale qui en est la cause, elle n'oppose que la fragile barrière d'une cicatrice vaginale.

Que penserait-on d'un chirurgien qui, pour guérir une hernie ombilicale ou une éventration, se contenterait de réséquer la peau de l'abdomen sur une plus ou moins grande étendue. Quelle que soit l'importance de cette résection cutanée, il n'aurait évidemment qu'un résultat très relatif. De même dans la colporrhaphie antérieure, quelle que soit l'importance de la résection vaginale, l'opérateur laisse

subsister, dans toute son intégrité, la cause essentielle de prolapsus vésical. Il y a toujours, comme avant l'intervention, insuffisance de la sangle musculaire périnéale, il y a toujours insuffisance des moyens de contention de la vessie, par suite la cystocèle tend fatalement à se reproduire. Les bons résultats observés à la suite de la colporrhaphie antérieure sont imputables, non pas à la colporrhaphie antérieure elle-même, mais aux opérations que l'on exécute habituellement en même temps qu'elle pour la compléter (colpo-périnéorrhaphies postérieures, avec ou sans myorrhaphie des releveurs).

Aussi, en présence du grand nombre de récurrences observées à la suite de la simple colporrhaphie antérieure, la chirurgie moderne a cherché à faire des opérations plus complètes, en s'efforçant de remédier, par des moyens divers, à l'insuffisance du plancher pelvien.

§ 2. — UTILISATION PLASTIQUE DE L'UTÉRUS

Nous grouperons sous ce titre un certain nombre de procédés, peu employés par les chirurgiens français, mais assez usités à l'étranger, en Allemagne principalement.

« Le principe de cette méthode, dit Dührssen, consiste dans la correction de la saillie vésicale, par l'interposition entre la paroi vaginale et la vessie du corps utérin, qui agit comme une pelote organique pour empêcher la hernie vésicale. »

C'est au moyen d'une opération bien connue,

l'hystéropexie vaginale, qu'on arrive à ce résultat. Lorsqu'on pratique cette intervention, on refoule tout d'abord la vessie au-dessus de l'utérus, puis la hernie vésicale étant réduite, on en maintient la réduction par la vagino-fixation utérine. *On interpose l'utérus entre la vessie et la paroi antérieure du vagin*, de sorte que le corps utérin, uni à la paroi vaginale antérieure et appuyé en avant sur le pubis, constitue, dans la partie inférieure du petit bassin, une sorte d'attelle sur laquelle repose la vessie : on remédie ainsi par *l'utilisation plastique de l'utérus* à l'insuffisance du plancher pelvien.

Il existe de nombreux procédés d'hystéropexie vaginale. Outre celui de Dührssen, nous citerons les procédés de Mackenrodt, de Schauta, de Le Dentu et Pichevin, de Wertheim et de Freund-Fritsch, qui diffèrent entre eux par des détails assez importants de technique opératoire, mais qui dérivent tous du même principe.

L'hystéropexie vaginale n'a guère été employée en France que dans le traitement des rétrodéviations utérines ; en Allemagne, au contraire, on a beaucoup utilisé la vagino-fixation dans le traitement des prolapsus génitaux, et les résultats opératoires cités par les auteurs allemands sont excellents.

Mais la méthode de l'utilisation plastique de l'utérus s'adresse plutôt aux volumineux prolapsus génitaux, aux prolapsus totaux de l'utérus et du vagin, bien plus qu'aux simples cas de cystocèles isolées.

On peut reprocher à l'utilisation plastique de

l'utérus tous les inconvénients de l'hystéropexie vaginale, notamment les dangers auxquels cette opération expose la femme dans le cas de grossesse ultérieure ; ce qui oblige à ne pratiquer la vaginofixation que chez des femmes ayant passé la ménopause, ou préalablement stérilisées par la section des trompes.

Si donc l'interposition de l'utérus entre la vessie et le vagin constitue un traitement efficace dans le prolapsus des vieilles femmes, elle ne nous paraît pas indiquée en général dans la cystocèle isolée.

Il semble d'ailleurs qu'un revirement d'opinion se soit produit en Allemagne au suiet de l'hystéropexie vaginale, moins en faveur actuellement qu'il y a quelques années. Au cours de récentes discussions à la Société d'Obstétrique et de Gynéologie de Berlin (janvier 1910), plusieurs auteurs, notamment Strassmann, déconseillaient formellement l'interposition de l'utérus entre la vessie et le vagin ; reprochant à cette méthode, d'abord la nécessité de rendre la femme stérile, et en second lieu la situation anormale donnée à la vessie ainsi remontée par-dessus l'utérus.

Signalons, à titre documentaire, que le vaginofixation pour prolapsus, habituellement pratiquée par la voie vaginale, peut s'exécuter par la voie abdominale, comme il fut fait chez une opérée de Rouffart.

Cette variante ne paraît pas présenter d'avantages bien nets sur les méthodes couramment employées.

§ 3. — LA MYORRAPHIE PRÉ-VAGINALE DES RELEVEURS

La pratique des cures radicales de hernies et d'éventrations a depuis de longues années enseigné aux chirurgiens qu'il faut toujours, si l'on veut avoir des résultats solides et durables, fermer les trajets herniaires avec des muscles, de façon à opposer à la poussée abdominale une barrière suffisamment élastique et résistante.

Nous avons émis l'opinion que la cystocèle vaginale est, pathogéniquement et anatomiquement, une hernie, hernie développée au niveau de l'échancrure pré-vaginale des releveurs et ayant pour véritables piliers herniaires les deux bords internes de ces muscles. Il nous semble en conséquence assez rationnel de *traiter comme une hernie la cystocèle vaginale*. Pour fermer le trajet herniaire, on aura recours aux muscles releveurs, suturés l'un à l'autre entre la face antérieure du vagin et le pubis. On reconstituera ainsi, au-dessous de la vessie préalablement remontée dans le petit bassin, un plancher pelvien élastique et contractile, susceptible de résister à la poussée abdominale.

Cette *myorrhaphie pré-vaginale des releveurs* a été conseillée dans le traitement de la cystocèle par Delanglade dès 1902, puis par Chaput et par Groves. Mais elle ne constitue pas à l'heure actuelle une opération souvent pratiquée, et les plus récents ouvrages de technique chirurgicale lui consacrent à peine quelques lignes.

Hartmann, dans son *Traité de Gynécologie opératoire* (1911), en donne la description suivante :

« A un travers de doigt en arrière du méat, on fait une incision transversale de toute la largeur du vagin. On décolle la vessie et l'on va latéralement chercher les bords des releveurs qu'on rapproche au niveau de la ligne médiane sur la plus grande largeur possible. »

Dans son *Manuel de technique chirurgicale*, Marion décrit, sous le nom de périnéorrhaphie antérieure, une opération identique.

Le procédé opératoire de notre maître, le D^r Raymond, est également basé sur la myorrhaphie pré-vaginale des releveurs, mais il comporte en outre une *large dissection de la hernie vésicale* qui constitue dans l'intervention un temps important. Cette dissection de la vessie herniée permet en effet de remonter la vessie en position intra-pelvienne, ce n'est qu'ensuite qu'on procède à la réfection du plancher pelvien antérieur.

Par là se complète l'analogie de cette opération de cystocèle avec une cure radicale de hernie, c'est pourquoi elle nous paraît constituer une intervention de choix ; nous allons en exposer en détail la technique opératoire.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'opération que nous allons décrire présente, dans toutes ses phases, un parallélisme assez accusé avec

une cure radicale de hernie. On peut admettre qu'il y a dans une cure radicale de hernie quatre temps principaux : 1° l'incision de la peau ; 2° la dissection et la résection du sac ; 3° la réfection de la paroi au moyen d'éléments musculaires ; 4° sutures cutanées.

De même, notre opération de cystocèle peut se ramener à ces quatre temps fondamentaux : 1° incision vaginale ; 2° dissection et rétropulsion de la vessie herniée ; 3° réfection de la paroi périnéale par myorrhaphie des releveurs ; 4° suture du vagin.

PREMIER TEMPS. — *Incision vaginale.* — Après avoir essayé quelques incisions différentes (incision linéaire transversale, incision en U renversé), nous avons définitivement adopté l'incision classique, ovale ou losangique, de la colporraphie antérieure. Quoique la résection du lambeau vaginal ainsi délimité n'ait plus, qu'une importance secondaire dans notre procédé, nous avons conservé cette incision. Elle ouvre vers la vessie et vers les plans musculaires profonds une large voie d'accès qui facilite beaucoup l'opération.

Après un curettage préalable de la cavité utérine, le col saisi par une pince de Museux est amené à la vulve et attiré en bas.

La paroi antérieure du vagin est alors étalée entre 4 pinces tire-balles.

Ces pinces seront placées en losange, deux sur la ligne médiane, deux latéralement.

Sur la ligne médiane, la pince inférieure sera placée immédiatement au-dessus de l'orifice, au museau de

tanche, c'est-à-dire à la limite habituelle de la cystocèle. La pince supérieure sera placée, non pas au voisinage du méat uréthral, mais à 2 ou 3 centimètres plus bas, vers l'extrémité postérieure de l'urèthre. On évite ainsi la dissection de l'urèthre avec le vagin qui n'est d'aucune utilité.

Les deux pinces latérales sont ensuite placées symétriquement de part et d'autre de la ligne médiane. On constitue ainsi un losange dont les dimensions varient suivant l'importance de la cystocèle.

Le chirurgien trace alors au bistouri le contour du lambeau, en réunissant les quatre angles ainsi repérés. Puis la dissection du lambeau se fait, soit au bistouri, soit aux ciseaux, absolument comme dans la simple colporraphie antérieure.

DEUXIÈME TEMPS. — *Dissection de la vessie.* — Après la résection du lambeau vaginal, on aperçoit dans la plaie la vessie elle-même, elle adhère intimement au reste du vagin sur les côtés, et à l'utérus en arrière.

Les adhérences latérales de la vessie avec le reste du vagin sont alors disséquées d'avant en arrière et de bas en haut. Elles sont en général faciles à rompre, la seule difficulté opératoire réside dans la plus ou moins grande vascularisation de la région, il est parfois nécessaire, à ce moment, de pincer quelques artérioles vaginales qui saignent abondamment.

Les adhérences postérieures de la vessie avec l'utérus sont ensuite disséquées de bas en haut. Cette dissection est beaucoup plus facile sur les parties latérales que sur la ligne médiane.

En effet, tandis que sur les parties latérales, la vessie se laisse refouler au doigt avec la plus grande facilité, elle adhère très intimement sur la ligne médiane au col et à l'isthme utérin et il est nécessaire de sectionner aux ciseaux ces adhérences vésico-utérines. Lorsqu'on a poussé suffisamment loin, en haut et sur les côtés, la dissection de la vessie et de l'utérus, il arrive un moment où la vessie, libérée de toute adhérence utérine, est aisément refoulée dans l'abdomen. C'est alors qu'on voit apparaître au fond de la plaie, sous forme d'une languette aplatie, le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. Ce cul-de-sac est très adhérent à l'utérus par sa face postérieure, sa face antérieure n'adhère que très peu à la vessie qui glisse au-devant avec facilité.

Nous avons déjà dit plus haut que la limite inférieure de ce cul-de-sac vésico-utérin nous était toujours très nettement apparue en situation normale, au cours de toutes nos interventions.

Dans un cas seulement (obs. VI) nous avons disséqué ce cul-de-sac préalablement ouvert, sur une hauteur de 2 centimètres environ, pour le réséquer ensuite à la façon d'un sac herniaire. Cette manœuvre nous paraît inutile dans la majorité des opérations, elle peut toutefois être indiquée dans les cas où le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin serait anormalement descendu.

TROISIÈME TEMPS. — *Réfection du plancher pelvien par myorraphie des releveurs.* — La vessie étant refoulée dans l'abdomen et maintenue en position

haute, on repère aisément dans la plaie les bords internes des muscles releveurs de l'anus. Chargeant avec l'aiguille courbe une épaisseur de muscle aussi grande que possible, on rapproche par trois fils les bords internes des deux releveurs, de façon à former au-dessus de la vessie réduite dans le petit bassin, un véritable plancher musculaire. Les fils sont placés de haut en bas et d'avant en arrière, le premier fil est voisin des insertions pubiennes des deux muscles, le second se trouve à 1 centimètre en arrière ; le troisième est situé immédiatement en avant de l'utérus. Les fils ne seront noués qu'après le passage des trois fils en dernier lieu.

QUATRIÈME TEMPS. — *Suture du vagin.* — Contrairement à ce qu'on observe dans la colporrhaphie antérieure ordinaire, la suture du vagin sera faite avec la plus grande facilité. Un simple surjet de catgut suffit pour affronter les lèvres de l'incision vaginale, ce surjet sera fait bien entendu verticalement, suivant le grand axe de l'incision losangique.

Les soins post-opératoires sont ceux de toutes les interventions périnéales. En raison du curettage utérin pratiqué au début de l'opération, nous plaçons dans la cavité intérieure un drain de caoutchouc maintenu par quelques compresses vaginales. Le tout est habituellement enlevé au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, on se contente ensuite de maintenir à plat sur la vulve un simple pansement aseptique.

La rétention d'urine est fréquente à la suite de

l'opération. Nous n'avons jamais eu recours à la sonde à demeure, nous préférons faire usage des cathétérismes répétés, à heures fixes, qui sont sans inconvénients, sous réserve d'une asepsie suffisante. On laissera la miction spontanée se rétablir vers le sixième ou huitième jour. L'emploi du catgut pour les sutures vaginales évite toute manœuvre d'ablation des fils. Nous autorisons le lever de nos opérées vers le quinzième jour, tout comme après une cure radicale de hernie.

§ 4 — OPÉRATIONS COMPLÉMENTAIRES

L'opération que nous venons d'exposer en détail n'est dirigée que contre la cystocèle vaginale isolée. Elle constitue dans ce cas une opération complète, susceptible de donner à elle seule d'excellents résultats.

Par contre, lorsque d'autres éléments de prolapsus génital viennent compliquer la cystocèle, il est nécessaire d'associer à la cure de hernie vésicale des opérations complémentaires, de façon à traiter en même temps et séparément tous les éléments du prolapsus.

Lorsque la cystocèle se complique de colpocèle postérieure, avec ou sans rectocèle, on adjoindra à l'opération antérieure une colpo-périnéorrhaphie postérieure faite de préférence avec myorrhaphie des releveurs selon le procédé de Proust et Duval. On exécute ainsi symétriquement en avant et en arrière du vagin une réfection complète de la sangle musculaire pel-

vienne, cette double myorraphie pré et rétro-vaginale des releveurs nous paraît constituer une périnéorraphie parfaite.

Lorsqu'il y a en même temps cystocèle, rectocèle et prolapsus utérin avec hypertrophie du col, on peut ajouter aux deux opérations périnéales indiquées plus haut une amputation du col utérin, exécutée dans la même séance opératoire.

Enfin les prolapsus volumineux et totaux des voies génitales réclament une conduite opératoire encore plus complexe. Il est nécessaire d'associer aux opérations périnéales de contention des opérations abdominales de suspension. L'hystéropexie abdominale assurera la fixité de l'utérus, on peut avoir également à fixer la vessie elle-même lorsqu'elle présente un volume exagéré.

La cystopexie abdominale a été conseillée dans le traitement de la cystocèle vaginale par Vlaccas, Dumoret et Tuffier (1890). Il est rarement indiqué d'y recourir dans la cystocèle isolée pour compléter l'intervention périnéale. Mais il peut arriver, lorsqu'on veut pratiquer l'hystéropexie abdominale pour prolapsus utérin, qu'on soit gêné par le volume énorme de la vessie, placée entre l'utérus et la paroi abdominale antérieure. On pourra alors avoir recours au procédé de cysto-hystéropexie imaginé par notre maître Reymond, et employé par lui chez une de nos malades (voy. obs. II).

OBSERVATIONS

A. — OPÉRATIONS POUR CYSTOCÈLES ACCOMPAGNÉES DE PROLAPSUS UTÉRIN

Nous réunissons dans ce premier groupe trois cas de prolapsus complexe où la myorraphie pré-vaginale des releveurs fut combinée à des interventions diverses.

Dans l'observation I, il s'agissait d'un prolapsus total de l'utérus, complètement extériorisé.

Une tentative d'hystéropexie abdominale ayant échoué par suite de l'irréductibilité du prolapsus, on fit l'hystérectomie subtotala avec cystopexie abdominale. Puis un mois plus tard, on pratiqua sur le périnée la myorraphie pré et rétro-vaginale des releveurs.

Dans l'observation II, le prolapsus avait comme éléments principaux la cystocèle et l'hypertrophie du col. Lors d'une première intervention on fit en même temps que la myorraphie pré-vaginale des releveurs une amputation du col utérin. Dix-huit jours après on pratiqua l'hystéropexie abdominale, alliée à la cystopexie.

Dans l'observation III, on associa également l'am-

putation du col à la myorraphie pré-vaginale des releveurs.

OBSERVATION I

M... Henriette, cinquante-deux ans, cuisinière.

Entrée le 6 avril 1905 dans le service de chirurgie de la Maison départementale de Nanterre.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à trente-deux ans ; plusieurs crises de coliques néphrétiques à trente-quatre ans.

Antécédents génitaux. — Réglée à onze ans ; première et unique grossesse à vingt-deux ans, accouchement normal à terme, enfant vivant.

A l'âge de trente-quatre ans, début du prolapsus génital qui survient, d'après la malade, à la suite de ses coliques néphrétiques.

Sur les conseils d'un médecin, le prolapsus est traité pendant treize ans par le port d'un pessaire jusqu'à l'âge de quarante-sept ans.

A cette époque, *ménopause et aggravation du prolapsus* que le pessaire ne suffit plus à contenir.

État actuel. — Prolapsus total de l'utérus, complètement extériorisé, pendant entre les jambes. La masse prolabée forme une tumeur volumineuse, dont la réduction ne se fait que difficilement. Le pourtour de l'orifice utérin est le siège d'une vaste ulcération à bords irrégulièrement découpés qui s'étend sur presque toute la muqueuse du col.

A la partie antérieure du prolapsus, constatation d'une volumineuse cystocèle.

Une sonde métallique introduite par l'urètre permet de constater que la vessie descend très bas sur la base antérieure du col utérin ; il existe des troubles très accusés dans la miction : polakiurie et dysurie.

Il y a également rectocèle avec constipation, troubles digestifs ; douleurs lombo-sacrées très vives exaspérées par la station debout.

L'état général est bon, pas de fièvre, cœur et poumons normaux, les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Première intervention le 7 juin 1905.

Incision ombilico-pubienne. Après l'ouverture du péritoine, on constate que la vessie encombre toute la partie antérieure du petit bassin. L'utérus est recherché, on le trouve dans la partie la plus inférieure de l'excavation pelvienne, semblant faire partie du périnée. Il est fixé en ce point et ne peut être remonté dans l'abdomen qu'après section des deux ligaments larges. On pratique alors l'hystérectomie subtotal. Puis la vessie, qui reste vaste et flottante, est saisie en haut et latéralement par deux clamps à mors doux, on l'attire en haut et on la fixe par quatre fils à la partie abdominale. Fermeture de l'abdomen par trois plans de suture, sans drainage.

Suites opératoires normales.

Intervention périnéale le 11 juillet 1905.

1° *Colpo-périnéorrhaphie postérieure*.— Incision de Doléris, dédoublement de la cloison recto-vaginale. On arrive ensuite sur les bords inférieurs saillants des muscles releveurs, que l'on réunit par quatre points de catgut. Fermeture de la plaie

muco-cutanée par une série de crins qui prennent en même temps le plancher musculaire.

2° *Périnéorraphie antérieure.* — Incision transversale de 4 centimètres sur la paroi antérieure du vagin, à 2 centimètres au-dessous du méat urinaire. Décollement de l'urètre et de la vessie.

Découverte des releveurs, beaucoup moins mobiles à ce niveau qu'en arrière et qu'on ne déplace qu'après ouverture de l'aponévrose. Les bords internes des deux muscles sont suturés par trois catguts. Suture de la muqueuse vaginale sans résection.

Suites opératoires des plus simples. Notre opérée a quitté le service avec un résultat satisfaisant. Nous l'avons revue depuis à différentes reprises, sans jamais constater chez elle aucun symptôme de prolapsus génital.

OBSERVATION II

R... Palmyre, cinquante-neuf ans, ménagère, entrée le 25 mai 1908 dans le service de chirurgie.

Pas d'antécédents pathologiques importants.

Antécédents génitaux. — Réglée à onze ans et régulièrement et abondamment par la suite.

Elle a eu douze enfants, dont le dernier a actuellement trente-quatre ans. Tous ses accouchements ont été normaux, sauf le second où l'enfant se présenta par le siège.

Il y a environ dix ans, début de prolapsus génital, qui donna lieu presque immédiatement à des symptômes de cystocèle : mictions diurnes et nocturnes très fréquentes, douleurs dans le bas-ventre, augmentant par la fatigue et la sta-

tion debout un peu prolongée. Ménopause il y a cinq ans, avec quelques hémorragies utérines à cette époque, puis cessation définitive des règles.

Examen. — A l'inspection de la vulve on constate une cystocèle très accusée, dont la saillie s'exagère lorsqu'on fait pousser la malade. Il n'y a pas de rectocèle. Toucher vaginal. Col énorme, très largement fendu, présentant une lèvre postérieure hypertrophiée, exubérante. Le col est situé très bas, à 4 ou 5 centimètres de l'orifice vulvaire ; l'ensemble de l'utérus est mobile et se laisse facilement repousser en haut.

On sent dans le cul-de-sac postérieur une masse dure ovoïde, paraissant faire corps avec l'utérus, et semblant être le corps utérin en rétroflexion.

On détermine facilement la chute de l'utérus qu'on attire à la vulve et hors de la vulve dans toute sa moitié inférieure, le col paraît alors énorme, très hypertrophié en longueur et en épaisseur.

A l'hystéromètre, la cavité utérine mesure 12 centimètres.

La malade présente en outre deux hernies inguinales volumineuses, facilement réductibles. L'appareil cardio-pulmonaire est normal, pas d'éléments pathologiques dans les urines.

19 juin 1908. — *Opération.* — Incision ovale commençant en haut à quelques millimètres du méat urétral et se terminant en bas sur le museau de tanche. L'incision circonscrit de la sorte une surface ovale de 8 centimètres de longueur et de 5 centimètres de largeur. La muqueuse étant enlevée à ce niveau, on découvre de haut en bas :

1° L'urèthre dans toute son étendue ;

2° La vessie qui descend très bas au devant du col utérin, arrivant à 1 centimètre de l'orifice du museau de tanche.

La vessie est alors libérée de ses adhérences avec le reste du vagin, puis elle est décollée de l'utérus au niveau du col et de la partie inférieure du corps ; cette dissection paraît plus aisée sur les parties latérales que sur la ligne médiane.

La portion de vessie ainsi libérée représente le volume d'une petite orange. La paroi vésicale semble résistante, de consistance normale ; la vessie est alors refoulée en haut, dans sa situation habituelle.

Par-dessous la vessie, on rapproche par trois catguts les bords internes des deux muscles releveurs ; les lèvres de l'incision vaginale sont suturées par des points séparés au catgut.

On termine l'opération par une amputation du col (procédé de Schröder).

Suites opératoires des plus simples. L'examen de la vulve, pratiqué dix-huit jours après l'intervention, montre que le prolapsus génital a complètement disparu. Il n'y a plus de cystocèle, l'utérus et la vessie restent en place lorsqu'on invite la malade à faire un effort abdominal.

Deuxième opération le 7 juillet 1908.

Incision ombilico-pubienne, la vessie apparaît énorme, remplissant en grande partie le petit bassin, masquant l'utérus et les annexes et paraissant constituer le contenu des deux hernies inguinales dont la gauche est plus volumineuse que la droite.

L'utérus, saisi par une pince de Richelot, est soulevé avec une certaine difficulté, par suite de quelques adhérences qui le retiennent dans le petit bassin.

On effondre alors les ligaments larges droit et gauche, au-dessous des annexes et du ligament rond ; par chaque fenêtre les bords latéraux de la vessie sont attirés en arrière de l'utérus, rapprochés l'un de l'autre et suturés par deux surjets superposés, le premier vésico-utéro-vésical, le second uniquement vésico-vésical. La vessie constitue ainsi un manchon fixe autour de l'utérus, celui-ci est alors fixé à la paroi par quatre catguts, comme dans une hystéropexie abdominale ordinaire. Réfection de la paroi par trois plans de suture.

Suites opératoires normales. La malade quitte le service le 6 août 1908 ; à sa sortie de l'hôpital, le prolapsus génital paraît complètement guéri.

Nous l'avons revu en octobre 1909. Elle présentait à la partie inférieure de sa cicatrice abdominale une légère éventration pour laquelle elle fut opérée le 14 octobre.

Nous avons pu constater à sa sortie du service que la guérison de la cystocèle et du prolapsus utérin s'était maintenue complète. Nous n'avons pas revu notre opérée depuis cette époque.

OBSERVATION III

J... Alice, soixante ans, domestique. Entre le 26 novembre 1908 dans le service de chirurgie.

Pas d'antécédents pathologiques notables.

Antécédents génitaux. — Réglée à douze ans ; trois grossesses entre vingt-deux et vingt-huit ans, suivies toutes trois d'accouchements normaux à terme. Ménopause précoce, vers l'âge de trente-cinq ans. Il y a environ dix ans, début du

prolapsus génital, traité immédiatement par un pessaire qui a suffi pendant quelque temps à contenir le prolapsus. Depuis quelques mois, aggravation des symptômes, pesanteur douloureuse au périnée, douleurs abdominales et rénales qui vont en s'accroissant.

Examen. — A l'inspection de la vulve, on constate une cystocèle volumineuse, du volume d'une grosse mandarine, sortant très facilement. Lorsqu'on fait pousser la malade, le col descend au delà de la vulve, et à la suite d'efforts continus on voit apparaître la partie inférieure du corps utérin.

Dans ces conditions, le cul-de-sac postérieur se déplace et vient aussi faire saillie au dehors, sans qu'il y ait de rectocèle à proprement parler.

Au toucher, l'utérus paraît petit, sa situation exacte est difficile à déterminer, en raison de l'épaisseur de la paroi abdominale et de la résistance musculaire qui gênent le palper.

La vessie a une capacité considérable.

Une sonde introduite par l'urèthre, immédiatement après la miction, montre qu'il existe un résidu vésical important.

Lorsqu'on la dirige en bas, la sonde vient faire saillie à travers la vessie au niveau même de la lèvre antérieure du col utérin, on constate ainsi que la vessie descend très bas en avant du col.

L'état général est bon, à noter seulement quelques troubles digestifs, et une constipation habituelle.

Opération le 11 décembre 1908. — L'utérus étant abaissé à la vulve, le col présente deux lèvres épaisses dans lesquelles sont contenues, comme l'examen l'a déjà fait constater, en avant : la vessie qui descend à moins de 1 centi-

mètre de l'orifice externe du museau de tanche ; en arrière : le cul-de-sac péritonéal qui descend également à 1 centimètre de cet orifice.

La vessie et le cul-de-sac péritonéal sont donc dans une situation symétrique par rapport au col utérin.

Premier temps. — Dilatation du col utérin et curettage de la cavité utérine.

Deuxième temps. — Sur la paroi antérieure du vagin incision en U renversé, dont la branche horizontale passe à égale distance entre le méat urinaire et l'orifice du col utérin ; les deux branches verticales descendant de part et d'autre, latéralement, jusqu'à l'orifice externe du col utérin. Le lambeau muqueux ainsi délimité est disséqué de haut en bas, on met ainsi à découvert la vessie qu'on aperçoit nettement.

La vessie est ensuite libérée de ses adhérences avec le reste du vagin, puis de ses adhérences avec le col, l'isthme et la partie inférieure du corps utérin.

La vessie étant refoulée en haut dans le petit bassin, en situation normale, on constitue ainsi une cavité ayant à peu près le volume d'une orange. Les bords internes de la partie antérieure du releveur de l'anus sont alors rapprochés par trois gros catguts, formant au-dessous de la vessie un plancher musculaire.

Troisième temps. — On termine l'opération par une amputation du col. Après amputation de la lèvre antérieure, suture au catgut des lèvres de l'incision en U faite sur la paroi antérieure du vagin. Après amputation de la lèvre postérieure du col, le cul-de-sac péritonéal est ouvert,

disséqué et réséqué sur 5 centimètres de hauteur, à la façon d'un sac herniaire.

Suites opératoires des plus simples. Notre opérée a quitté le service avec un très bon résultat six semaines après l'intervention. Nous l'avons revue récemment ; nous n'avons constaté chez elle ni prolapsus utérin, ni cystocèle.

B. — OPÉRATIONS POUR CYSTOCÈLES SANS PROLAPSUS UTÉRIN.

Il s'agit dans ce second groupe de cystocèles coexistant avec un utérus en position normale ou très légèrement déplacé.

Dans les cas des observations IV, V et VIII, la cystocèle s'accompagnait de colpocèle postérieure ou de rectocèle ; on associa en conséquence la myorraphie pré-vaginale et la myorraphie rétro-vaginale des releveurs.

Dans l'observation VI, il s'agissait d'une cystocèle avec colpocèle postérieure très peu accusée. On se contenta de pratiquer la myorraphie pré-vaginale des releveurs ; à la suite de l'opération, on constata la disparition de la cystocèle, de la colpocèle postérieure et d'une importante rétro-déviation utérine.

La malade de l'observation VII fut aussi opérée uniquement pour cystocèle. Elle eut à la suite de l'intervention une hémorragie assez importante, avec une période d'anurie qui persiste environ quarante heures. Nous attribuons ces accidents à l'ablation

d'un petit fibrome trouvé au niveau de l'isthme utérin.

OBSERVATION IV

C... Eugénie, cinquante-sept ans, ménagère.

Entrée le 11 mai 1909 dans le service de chirurgie.

Pas d'antécédents pathologiques importants.

Antécédents génitaux. — Réglée depuis l'âge de vingt ans, régulièrement. Douze grossesses, toutes suivies d'accouchements normaux, à terme ; aucun de ces accouchements ne s'est compliqué de déchirures périnéales. Ménopause à quarante-cinq ans. Depuis huit mois environ, apparition de douleurs abdominales, douleurs que la malade compare à celle de l'accouchement. La station debout et la fatigue augmentent ces souffrances ; un médecin consulté ordonne un pessaire qui n'a jamais été bien supporté. Actuellement, les symptômes douloureux s'accroissent de plus en plus, accompagnés de troubles de la miction ; pollakiurie très accusée.

Examen. — A l'inspection de la vulve, la malade étant dans la position du spéculum, on constate de haut en bas trois saillies :

1° L'urèthre, dont le méat est repoussé en haut vers la commissure des petites lèvres ;

2° La vessie, recouverte par la paroi antérieure du vagin ;

3° La paroi postérieure du vagin.

Au toucher, le col utérin, plutôt petit, semble en situation normale, mais lorsqu'on fait pousser la malade, l'utérus s'abaisse et l'orifice du col descend à quelques centimètres de la vulve.

Le corps utérin est impossible à palper par suite du ballonnement abdominal.

En résumé : prolapsus génital caractérisé surtout par une cystocèle bien accusée, s'accompagnant de colpocèle postérieure.

Opération le 15 juin 1909.

Premier temps. — Curettage utérin, après dilatation du col aux bougies de Hegar.

Deuxième temps. — Le col étant attiré en bas par une pince de Museux, la paroi antérieure du vagin est étalée entre 4 pinces tire-balles ; on dessine au bistouri l'incision losangique de la colporraphie antérieure, puis on dissèque de haut en bas le lambeau de muqueuse vaginale inclus dans ce losange. La vessie est ensuite libérée de ses adhérences avec le vagin et avec le col utérin, et refoulée en haut. Le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin apparaît alors entre la vessie et le col de l'utérus, il est à son tour disséqué et refoulé en haut.

Les bords internes des releveurs sont suturés par trois points de catgut ; les bords de l'incision vaginale sont réunis par quelques points séparés de catgut.

Troisième temps. — Colpo-périnéorraphie postérieure, incision de Doléris, dédoublement de la cloison recto-vaginale, myorraphie des releveurs, reconstitution des plans superficiels suivant le procédé de Doléris.

Suites opératoires. — Sortie du service le 20 juillet 1909, avec un excellent résultat.

Nous avons revu plusieurs fois cette opérée au cours de l'année 1909, aucun symptôme de prolapsus génital n'est réapparu chez elle.

En février 1910, cette femme est décédée subitement, au cours d'un ictus apoplectique. Nous avons pu constater *post mortem* les résultats de l'intervention. Aucun des éléments de son prolapsus ne s'était reproduit ; à l'inspection la vulve présentait un aspect normal. Par le toucher vaginal on trouvait l'utérus en situation normale, les culs-de-sac vaginaux avaient leur aspect habituel.

OBSERVATION V

M... Catherine, trente-six ans, cuisinière, entrée le 4 octobre 1910 dans le service de chirurgie.

Antécédents pathologiques. — Rien à signaler.

Antécédents génitaux. — Réglée à quatorze ans ; mariée à trente-quatre ans. Première grossesse immédiatement après son mariage ; c'est au cours même de cette grossesse, vers le septième mois, qu'apparaissent les premiers symptômes du prolapsus : sensation de pesanteur au périnée, troubles de la miction et de la défécation. Accouchement à huit mois et demi avec une application de forceps, pas de déchirure périnéale. Après l'accouchement, le prolapsus génital s'accroît de plus en plus, les troubles de la miction s'exagèrent ; la station debout prolongée et les fatigues de sa profession augmentent de jour en jour les douleurs ressenties par la malade qui vient nous prier de l'opérer.

Examen. — A l'inspection de la vulve, on constate deux saillies d'inégale importance, l'une antérieure : cystocèle du volume d'une grosse noix ; l'autre postérieure : rectocèle un peu moins volumineuse. Ces deux saillies s'exagèrent notablement lorsqu'on fait pousser la malade.

Au toucher vaginal on trouve le col utérin légèrement abaissé, mais encore assez loin de l'orifice vulvaire.

Le col est normal comme consistance, il n'est pas augmenté de volume, on note cependant une légère hypertrophie de la lèvre postérieure. Le corps utérin paraît normal comme volume, il est en anteversion, facilement perceptible au palper abdominal.

L'utérus s'abaisse légèrement sous l'influence de la poussée abdominale, pour retourner ensuite à sa situation primitive ; il n'y a en somme qu'un très léger prolapsus utérin. Par contre la cystocèle est beaucoup plus importante. La vessie descend très bas à la vulve ; une sonde en verre introduite par l'urèthre et perçue par le doigt vaginal permet de constater que la vessie descend très bas sur la face antérieure du col utérin ; le cul-de-sac antérieur du vagin est par suite légèrement effacé.

Opération le 11 octobre 1910.

Premier temps. — Dilatation du col aux bougies de Hégar, curettage utérin.

Deuxième temps. — Le col étant attiré en bas pas une pince de Museux, on dessine au bistouri l'incision en losange classique de la colporrhaphie antérieure, après étalement entre quatre pinces tire-balles de la paroi antérieure du vagin. Le lambeau losangique de muqueuse vaginale est ensuite disséqué de haut en bas et réséqué. On découvre alors la vessie qui descend très bas sur la face antérieure du col utérin.

Dissection de la vessie : elle est d'abord libérée de ses adhérences avec le reste du vagin ; puis de bas en haut, la vessie est séparée de l'utérus, au niveau du col tout d'abord, puis au niveau de l'isthme. A ce moment on voit apparaître

entre l'utérus et la vessie, l'extrémité inférieure du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, qui est disséqué à son tour sur une hauteur de deux centimètres.

Puis, la vessie et le cul-de-sac péritonéal étant repoussés en haut, les deux bords internes des muscles releveur de l'anus sont repérés, et suturés ensuite par trois points de catgut, le premier étant placé près des insertions pubiennes du muscle, le deuxième à un centimètre en arrière, le troisième se trouvant immédiatement en avant de l'utérus.

La muqueuse vaginale est suturée par un simple surjet de catgut.

Troisième temps. — Colpo-perinéorrhaphie postérieure ; incision de Doloris, dédoublement de la cloison recto-vaginale, suture des releveurs par deux points de catgut ; suture de la muqueuse vaginale par un surjet plus deux points séparés au catgut.

Suites opératoires. — Trois jours après l'opération, élévation de température (38°6). En même temps, pyurie et symptômes fonctionnels de cystite. Après quelques lavages de vessie, la température s'abaisse et les urines redeviennent peu à peu normales.

Notre opérée a quitté le service le 3 novembre 1910, nous l'avons réexaminée avant son départ.

A l'inspection de la vulve, il n'existait plus apparence de prolapsus, ni cystocèle, ni rectocèle, même lorsqu'on faisait tousser ou pousser la femme.

Au toucher vaginal, on trouvait l'utérus en position normale. A l'occasion des efforts abdominaux, l'utérus ne s'abaissait pas, et l'on sentait nettement sur le doigt vaginal la contraction du sphincter formée par les releveurs suturés.

Nous avons revu cette opérée en février 1911, elle présentait sur la paroi postérieure du vagin un bourrelet cicatriciel exubérant, la guérison de la cystocèle s'était maintenue complète.

OBSERVATION VI

Le B... Mathilde, trente et un ans, ménagère, entrée le 15 octobre 1910 dans le service de chirurgie.

Aucun antécédent pathologique.

Antécédents génitaux. — Réglée à treize ans, mariée à dix-neuf ans.

Première grossesse à vingt ans, accouchée à terme d'une fille morte à deux ans.

Deuxième grossesse à vingt-trois ans, accouchée à terme d'un garçon actuellement vivant.

Troisième grossesse à vingt-cinq ans, accouchée à terme d'un garçon mort à dix-huit jours.

Quatrième grossesse à vingt-neuf ans, accouchée à terme d'une fille actuellement vivante.

Tous ces accouchements ont été normaux, sans manœuvres obstétricales d'aucune sorte, sans déchirures périnéales, les suites de couches ont été excellentes, le lever ne paraît pas avoir été trop précoce.

Il y a six mois euviron apparition des premiers symptômes de prolapsus sous forme de pesanteur au périnée, sensation d'une masse tendant à sortir par la vulve. Douleurs dans le bas ventre, exaspérées au moment des règles. Constipation habituelle, troubles importants dans la miction, pollakiurie

et dysurie, l'aspect des urines est resté normal. Depuis un mois, les symptômes douloureux se sont aggravés.

Examen. — L'examen de la vulve montre à première vue une cystocèle facilement appréciable.

La saillie de cette cystocèle s'exagère sous l'influence de la poussée abdominale ; en même temps la paroi postérieure du vagin vient elle aussi faire hernie à la vulve, mais cette colpocèle postérieure ne semble pas s'accompagner de rectocèle.

Au toucher vaginal, on trouve le col utérin, de volume normal, regardant en bas et en avant. On sent dans le cul-de-sac postérieur le corps utérin en rétroflexion très accusée, l'utérus n'est nullement descendu, mais il s'abaisse légèrement lorsqu'on fait pousser la femme.

Une sonde introduite par l'urèthre est perçue par le doigt vaginal au niveau même de l'orifice du museau de tanche, la vessie paraît descendre très bas sur la face antérieure du col utérin, il en résulte que le cul-de-sac antérieur du vagin, diminué de profondeur, semble presque complètement comblé par la hernie vésicale.

Opération le 19 octobre 1910.

Premier temps. — Curettage utérin, après dilatation du col aux bougies de Hégar.

Deuxième temps. — Le col étant attiré en bas par une pince de Museux, quatre pinces tire-balles sont placées en losange sur la paroi antérieure du vagin, une au-dessous du méat urétral, l'autre près de l'orifice utérin, et deux autres latéralement. Le bistouri dissèque ensuite la moitié supérieure du losange préalablement dessiné et ce lambeau supérieur, triangulaire, permet de disséquer par la profondeur le

triangle inférieur, dont deux coups de ciseaux achèvent la section et l'excision. Les adhérences de la vessie avec le reste du vagin sont disséquées avec une certaine peine (vaisseaux nombreux). Cette région franchie, la vessie se laisse facilement refouler de bas en haut, se séparant facilement du col et de l'isthme utérin.

On découvre alors, entre la vessie et l'utérus le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, dont la limite inférieure paraît très nette, comme dans les opérations précédentes. Ce cul-de-sac péritonéal est ouvert, puis disséqué sur une hauteur de 2 centimètres ; il adhère peu à la vessie en avant, sa face postérieure au contraire est très adhérente à l'utérus. On résèque le cul-de-sac ainsi disséqué, à la façon d'un sac de hernie.

On essaie de prendre l'isthme utérin, au-dessous du cul-de-sac péritonéal, dans le catgut qui rapproche la partie antérieure des releveurs. Le fil ayant cassé, on ne renouvelle pas cette tentative, ayant l'impression que cette fixation rend moins utile le plancher musculaire antérieur. Donc, réfection du périnée antérieur par trois catguts comme d'ordinaire.

Simple surjet de catgut sur la muqueuse vaginale.

Suites opératoires. — Très simples. L'opérée quitte le service complètement guérie trois semaines après l'intervention.

Nous l'avons réexaminée un mois après sa sortie de l'hôpital.

A l'inspection de la vulve, nous n'avons trouvé aucun reliquat du prolapsus, et bien que l'intervention n'ait porté que sur le périnée antérieur, la colpocèle postérieure avait complètement disparu.

Au toucher vaginal on trouvait l'utérus en position normale, c'est-à-dire en antéversion assez accusée, la rétro-déviatiou utérine constatée avant l'opération se trouvait entièrement corrigée.

A l'occasion des efforts abdominaux, on sentait sur le doigt vaginal la résistance de la sangle musculaire pelvienne, il n'y avait aucun abaissement de l'utérus.

OBSERVATION VII

C... Léonie, cinquante et un ans, entrée le 5 octobre 1910 dans le service de chirurgie.

Pas d'antécédents pathologiques importants.

Antécédents génitaux. — Réglée à treize ans; première grossesse à dix-neuf ans, accouchement normal, à la suite duquel apparaît un léger prolapsus, traité immédiatement par un pessaire. Au bout de quelques mois, le pessaire est supprimé, le prolapsus paraît alors parfaitement guéri. Trente années après, pendant lesquelles il n'y eut ni grossesse, ni affection génitale d'aucune sorte, réapparition du prolapsus, en juillet 1909. Le 31 octobre 1909, la malade est opérée de son prolapsus dans un service de l'hôpital Saint-Antoine, elle en sort le 16 novembre avec une guérison apparente. Peu de temps après, elle ressent de violentes douleurs rectales, elle constate l'issue de ses matières fécales par le vagin avec une incontinence relative des selles.

En même temps, réapparition du prolapsus génital qui s'accroît de plus en plus jusqu'à son entrée dans notre service.

Examen. — A l'inspection de la vulve, on constate tout d'abord une volumineuse cystocèle apparente, mais on aperçoit sur la face postérieure du vagin, immédiatement en avant de la fourchette, un repli de muqueuse d'aspect cicatriciel et de consistance dure. En soulevant ce repli de muqueuse, on constate qu'il forme clapet au-dessus d'une fistule recto-vaginale parfaitement constituée, donnant issue à des matières.

L'index introduit dans le rectum apparaît au fond du trajet fistuleux, l'orifice rectal est nettement situé au-dessus du sphincter anal, l'orifice vaginal est à environ 15 millimètres de la vulve.

12 octobre 1910. — *Opération.* — Cure de la fistule recto-vaginale. Suites opératoires normales, résultat immédiat satisfaisant.

Examen de la cystocèle. — La hernie vésicale est à peu près du volume d'une mandarine, elle augmente notablement lorsqu'on fait pousser la femme.

Au toucher vaginal, le col utérin semble volumineux, il est légèrement abaissé.

L'utérus est en position absolument normale, mais s'abaisse de quelques centimètres sous l'influence de la poussée abdominale. La cavité utérine mesure 9 centimètres à l'hystéromètre.

Une sonde introduite par l'urèthre est sentie par le doigt vaginal, à travers la paroi vésicale et le vagin. Le doigt placé sur l'orifice du col utérin perçoit la sonde immédiatement en avant de cet orifice; la vessie paraît occuper toute la face antérieure du col, et le cul-de-sac vaginal antérieur, occupé par la vessie, semble avoir complètement disparu.

11 novembre 1910. — *Opération.* — *Premier temps.* — Curettage utérin, après dilatation du col aux bougies de Hégar.

Deuxième temps. — Le col étant attiré en bas par une pince de Museux, la paroi antérieure du vagin est étalée entre quatre pinces tire-balles. Entre ces quatre pinces, on dessine au bistouri l'incision classique de la colporrhaphie antérieure, la dissection du lambeau losangique ainsi délimité est faite de haut en bas, au bistouri et aux ciseaux courbes; elle paraît plus difficile que d'habitude, en raison du tissu cicatriciel produit par l'opération de l'année précédente.

Dissection de la vessie qui est d'abord libérée de ses adhérences avec le reste du vagin, puis séparée de l'utérus en allant de bas en haut.

Au niveau de l'isthme utérin, la dissection de la vessie, très facile sur les parties latérales, est au contraire particulièrement pénible sur la ligne médiane. Après rupture de ces adhérences, on s'aperçoit qu'elles étaient dues à un petit fibrome, du volume d'une noisette, inséré sur la face antérieure de l'isthme utérin. Ablation de ce fibrome, légère hémorragie, tamponnement.

La vessie se laisse ensuite facilement refouler dans l'abdomen, on la maintient dans cette situation et l'on suture au-dessous d'elle, par trois catguts, les bords internes des deux muscles releveurs.

La muqueuse vaginale est suturée comme d'habitude par un surjet de catgut.

Au cours de l'intervention, le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin n'a pas été vu.

Suites opératoires. — Cinq à six heures après l'interven-

tion, il se produit par le vagin une hémorragie assez abondante qu'on arrête assez facilement avec des injections chaudes suivies d'un tamponnement de la plaie vaginale. Le même jour, on constate que le cathétérisme de l'urèthre ne ramène pas d'urine. Le lendemain, l'anurie persiste, l'examen de l'abdomen révèle un léger empâtement de la région sus-pubienne.

Après quelques injections de sérum physiologique à dose fractionnées de 250 centimètres cubes, la sécrétion urinaire se rétablit au cours de la nuit suivante, pour redevenir assez rapidement normale.

Notre opérée a quitté le service au bout de quinze jours, sur sa demande.

Nous avons pu constater avant sa sortie le bon résultat de l'intervention, mais il ne nous a pas été possible de la revoir par la suite.

OBSERVATION VIII

H... Antoinette, trente-deux ans, ménagère, entrée le 17 décembre 1910 dans le service de chirurgie.

Antécédents pathologiques. — Sans intérêt.

Antécédents génitaux. — Réglée à dix-sept ans, mariée à dix-huit ans et demi.

Première grossesse à dix-neuf ans, accouchement normal à terme, garçon vivant.

Deuxième grossesse à vingt ans, avortement de deux mois et demi.

Troisième grossesse à vingt et un ans, quatrième gros-

sesse à vingt-trois ans, cinquième à vingt-sept ans, suivies d'accouchements normaux et à terme.

Sixième grossesse à trente ans, avortement de trois mois.

Septième grossesse à trente ans, accouchement normal à terme.

Le prolapsus est apparu après la troisième grossesse. Le lever avait été particulièrement précoce, au deuxième jour. Environ un an après l'accouchement, la malade, ayant fait un violent effort pour soulever une lessiveuse, eut une sensation douloureuse à la région périnéale et constata immédiatement à la vulve l'apparition d'une grosse boule du volume d'un œuf qu'elle n'avait jamais constatée auparavant. Depuis lors, cette grosseur a augmenté progressivement, elle s'exagère notablement à la suite des fatigues, des marches, ou des stations debout prolongées. Il existe des douleurs lombosacrées très violentes, il y a également des troubles digestifs, gastriques et intestinaux très accusés, avec des symptômes assez nets de neurasthénie. Les troubles de la miction se manifestent surtout par de la pollakiurie, sans dysurie bien marquée.

Examen. — L'inspection de la vulve révèle à première vue une grosse cystocèle, du volume d'un œuf de poule, qui s'accroît beaucoup quand la femme pousse. Il y a également en arrière une saillie de la paroi postérieure du vagin. Cette colpocèle postérieure semble s'accompagner de rectocèle. En effet, par le toucher rectal, le doigt introduit dans le rectum accentue notablement la saillie postérieure ; l'épaisseur périnéale appréciée entre la peau du périnée et le doigt rectal est très peu considérable et n'est nullement modifiée par la contraction musculaire demandée à la malade.

Au toucher vaginal, on trouve le col à sa hauteur normale, l'utérus est en antéversion et ne s'abaisse que fort peu sous l'influence de la poussée abdominale. Le cul-de-sac antérieur du vagin est complètement effacé.

Le cathétérisme de l'urèthre montre un certain degré de rétention vésicale, il y a en effet, après la miction, un léger résidu d'ailleurs variable.

Lorsqu'on dirige la sonde vers le col utérin, le doigt vaginal maintenu sur l'orifice du museau de tanche, perçoit le bec de la sonde immédiatement en avant du col. En ramenant en bas le bec de la sonde, on constate la situation très déclive de la vessie et la disparition du cul-de-sac vaginal antérieur.

Opération. — Le 30 décembre 1910.

Après curettage préalable de la cavité utérine, on fait sur la paroi vaginale antérieure une incision losangique allant en bas jusqu'au museau de tanche, mais restant éloignée de 3 centimètres du méat urinaire. La dissection du lambeau est faite de bas en haut ; puis la vessie qui descend jusqu'au museau de tanche, est séparée du vagin et du col utérin pour être refoulée en haut. On découvre alors le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin qui est en situation absolument normale.

A ce niveau, des plexus sanguins donnent un écoulement assez abondant, une compression de quelques minutes assure l'hémostase.

Les bords internes des muscles releveurs sont suturés par quatre catguts, on termine par un surjet longitudinal sur la muqueuse du vagin.

En arrière, incision de Doleris, dédoublement de la cloison recto-vaginale et myorrhaphie des releveurs par quatre catguts.

Suites opératoires des plus simples.

Pas d'élévation de température, lever au quinzième jour, sortie du service au cours de la troisième semaine.

Nous avons revu notre opérée en février 1911. L'inspection de la vulve montrait la correction complète du prolapsus génital. Au toucher vaginal, on trouvait l'utérus en position normale, en antéversion très accusée. Sous l'influence des efforts abdominaux, il n'y avait aucun abaissement utérin ; par contre on percevait sur le doigt vaginal la contraction très énergique du sphincter formé par les releveurs.

C. — OPÉRATION POUR CYSTOCÈLE ACCOMPAGNÉE DE HERNIE PÉRITONÉALE

L'observation suivante, empruntée à VIOLET et BONNET a trait à un cas où la hernie vésicale comprenait en plus un sac péritonéal.

OBSERVATION IX

(Extraite du *Lyons chirurgical.*)

D. D. . . , cinquante-deux ans ; réglée à quatorze ans, menstruations normales. Premier accouchement à vingt-trois ans, normal, pas de déchirure du périnée. Deuxième accouchement à vingt-cinq ans, hémorragies de la délivrance ; infection légère suivie pendant quelques mois de douleurs abdominales. Troisième accouchement à trente-trois ans, normal. Vers trente-quatre ans, apparition à droite d'une hernie inguinale gênante et douloureuse.

A quarante ans, à l'occasion de douleurs abdominales plus violentes, un médecin constata l'existence d'un prolapsus génital léger et fit l'application d'un pessaire.

Pendant cinq ans, ce pessaire fut supporté sans surveillance aucune; la malade le remplaçait elle-même quand il tombait. Puis, à l'occasion d'un effort, le pessaire tomba définitivement en même temps qu'apparaissait à la vulve une tumeur du volume d'une mandarine, mal réductible, dont le volume augmenta depuis, occasionnant des troubles urinaires légers, se traduisant surtout par de la pollakiurie.

Examen. — On constate un prolapsus total. Entre les lèvres écartées existe une tumeur du volume du poing, formée par la paroi antérieure du vagin, le col utérin, qu'on voit au sommet de la tumeur, la paroi postérieure du cul-de-sac postérieur faisant sabot. La vessie descend en avant avec la paroi vaginale antérieure jusque sur le museau de tanche. A travers ses parois, on sent le col utérin allongé, gros comme le petit doigt. Le fond utérin reste en position élevée. La réduction est facile. Le prolapsus réduit, on sent l'utérus en bonne position en avant; on se rend compte de l'éventration du plancher pelvien antérieur: à ce niveau, on introduit très facilement trois doigts qui sentent à nu la paroi postérieure de la symphyse pubienne. Latéralement, vers le col, on sent la résistance d'une bride qui doit représenter la portion résistante du ligament large. Le périnée n'est pas raccourci; il n'y a pas de rectocèle. Les releveurs sont écartés, mais ont conservé leur tonicité; leur contraction est très énergique.

Intervention. — Le col est saisi, attiré en arrière. Incision en losange sur la paroi vaginale antérieure. La paroi vagi-

nale comprise dans le losange est excisée. La vessie est disséquée méthodiquement de ses adhérences avec la paroi vaginale et avec la partie allongée de l'isthme et du col. Cette dissection est conduite très loin en haut et sur les côtés, rendue très difficile par l'adhérence intime de la vessie avec la paroi vaginale et surtout avec le col.

Après avoir libéré ces adhérences sur une hauteur de 5 centimètres, on aperçoit à gauche du col, un cône allongé, transparent, qui est un *sac péritonéal*, long de 4 à 5 centimètres. Ce sac loge dans l'angle dièdre que limite le col et la paroi vaginale, adhère fortement à ces deux parois. Il est disséqué soigneusement, puis ouvert, excisé, refoulé dans la cavité abdominale.

Cette dissection de la vessie a conduit latéralement sur deux cordes parallèles, expansions antérieures de l'aponévrose sacro-recto-génito-vésicale. Des fils sont passés pour les unir l'une à l'autre et serrés par-dessous la vessie refoulée et maintenue en position haute.

L'opération est terminée par l'excision du col hypertrophié, sur une hauteur de 4 centimètres. Le moignon du col est fermé, refoulé, recouvert par un plan de suture, unissant entre elles les lames de l'aponévrose sacro-recto-génito-vésicale.

La tranche de section vaginale est suturée. Suites opératoires simples.

Cure radicale de la hernie inguinale trois semaines après.

CONCLUSIONS

I. — Par sa pathogénie et son étiologie la cystocèle vaginale est une hernie. Cette hernie a son point de départ au niveau de l'échancrure pré-vaginale des releveurs, espace dépourvu de fibres musculaires, situé entre le vagin et le pubis et limité latéralement par les bords internes des muscles releveurs de l'anus. La hernie vésicale a comme causes prédisposantes toutes les causes, locales ou générales, susceptibles de diminuer la résistance du plancher pelvien ; elle a pour cause déterminante les efforts abdominaux de toute nature.

II. — Lorsque la cystocèle vaginale existe à l'état isolé, c'est-à-dire sans aucun prolapsus utérin, elle donne lieu à des lésions anatomiques bien caractérisées.

L'utérus restant en place, il se produit une descente très accusée de la vessie en avant du col utérin ; si bien que l'utérus et la vessie sont unis intimement par des adhérences, non plus seulement dans la portion sus-vaginale du col, mais sur toute la hauteur du col utérin. Il en résulte une modification importante du cul-de-sac antérieur du vagin, plus ou moins comblé par la vessie.

Le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin reste en situation normale dans la majorité des cas.

III. — Comme toutes les hernies, la cystocèle vaginale peut débiter insidieusement ou brusquement. Une fois constituée, elle tend à s'accroître ou à se compliquer d'autres prolapsus. A l'état isolé, elle se manifeste surtout des troubles urinaires qui sont bien connus. Ses signes physiques sont ceux d'une hernie. Elle est réductible, elle présente de l'impulsion à la toux, elle augmente sous l'influence des efforts abdominaux. Elle a comme signe particulier la disparition plus ou moins complète du cul-de-sac vaginal antérieur, qu'il est facile de constater cliniquement.

IV. — La cystocèle vaginale doit être traitée chirurgicalement comme une hernie. La simple colporraphie antérieure est une opération insuffisante ; les méthodes d'utilisation plastique de l'utérus ne sont applicables qu'à des cas restreints.

La myorraphie pré-vaginale des releveurs nous paraît constituer l'intervention du choix.

On l'exécutera comme une cure radicale de hernie.

Après résection d'un lambeau losangique de muqueuse vaginale, la vessie sera disséquée de bas en haut, comme un sac herniaire, et réduite dans le petit bassin. On maintiendra la réduction en suturant l'un à l'autre par trois catguts, en avant du vagin, les muscles releveurs de l'anus ; on fermera ainsi avec des éléments musculaires élastiques et contractiles le

trajet de la hernie vésicale. Un simple surjet sur le vagin terminera l'opération.

La myorraphie pré-vaginale des releveurs n'étant dirigée que contre la cystocèle isolée, il faudra dans les cas de prolapsus plus complexes, lui associer diverses opérations complémentaires, de façon à traiter en même temps tous les éléments du prolapsus.

Vu : le Président de la thèse,
HARTMANN

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ARRIZABALAGA. — Du Traitement des rétro-déviations utérines par la fixation de l'utérus à la paroi vaginale antérieure. Thèse de Paris, 1894.
- BUMM et MARTIN. — L'Étiologie et le traitement des prolapsus génitaux. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Berlin. Rapport et discussion, nov. 1909 ; janvier 1910.
- BREISKY. — Krankh. der Vagina, 1886.
- BREISKY. — Die Lageveränderungen des Scheide (Deutsch. Chir., 1886).
- BOUILLY. — Le Traitement des prolapsus génitaux. X^e Congrès français de Chirurgie, 1896.
- BYFORD. — The cure of Cystocele by inguinal suspension of the bladder (Amer. Journ. of Obst., fév. 1890).
- CHAPUT. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. Paris, 1905, p. 337.
- CHILD (Charles-G.). — A Review of the operative Treatment of the Cystocele in the past of one hundred years (Amer. Journ. of Obst. New-York, 1906, t. II, p. 514).
- DELANGLADE. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. Paris, 1902, p. 1140 et 1905, p. 361.
- DUMORET. — Cystopexie pour cure de la cystocele vaginale (Ann. de Gyn. et d'Obst., 1890, t. II, p. 28).
- DUHRSSENN. — Über ein einfache und sichere Prolapsoperation (Centr. of Gyn., 1901, p. 833).
- Die Ätiologie, die Nichtoperative und die operative Therapie der Genitalprolapse (Therapeutische Rundschau, janvier 1908).

- ETHERIDGE. — Journ. of the Amer. Med. Assoc., février 1887.
- FOTHERGILL. — The Supports of the Pelvic Viscera (Journ. of Obst. and Gyn., janvier 1908).
- FREUND. — Gynakologische Klinik. Strasbourg, 1885.
- GROVES. — Journ. of Obst. and Gyn. of the British Empire, 1905, t. VII, p. 187.
- Ann. de Gyn. Paris, 1905, p. 367.
- HART. — The Structural anatomy of the Pelvic floor. Édimbourg, 1880.
- HARTMANN. — Gynécologie opératoire, 1911.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de Gynécologie.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de Chirurgie.
- LEJARS. — Leçons de Chirurgie, 1895, p. 491.
- MARION. — Technique chirurgicale.
- MARTIN. — Traité clinique des maladies des femmes, 1889.
- MARTIN (J.). — Utilisation plastique de l'utérus dans la cure des prolapsus génitaux (Revue de Chirurgie, août 1908).
- MUNDÉ. — The best operation for Cystocele and Rectocele (Amer. Journ. of Obst., mars 1890).
- POIRIER. — Traité d'Anatomie humaine.
- POZZI. — Traité de Gynécologie clinique et opératoire.
- ROUFFART. — Contribution au traitement du prolapsus utérin (Ann. de la Soc. belge de Chir., mai 1910, p. 145).
- REYMOND (E.). — Traitement des volumineux prolapsus génitaux. XVI^e Congrès internat. de Médecine. Budapest, 1909.
- TERRIER. — Bull. de la Soc. de Chir., 1890, p. 454.
- TESTUT. — Traité d'Anatomie humaine.
- TIREL. — Considérations sur le traitement chirurgical du prolapsus utérin en général et sur le procédé de Wertheim en particulier. Thèse de Paris, 1906.
- TRELIAT. — Leçons sur les prolapsus des organes génitaux de la femme (Ann. de Gyn., mai 1888).
- Cliniques chirurgicales, 1891.
- TUFFIER. — Ann. de Gyn. et d'Obst., 1890, t. II, p. 25.

VATOU. — Contribution à l'étude de la cystocèle vaginale.
Thèse de Paris, 1890.

VIOLET. — Les Hernies pré et rétro-utérines dans la constitution des prolapsus (Lyon chirurgical, novembre 1909).

VIOLET et BONNET. — Contribution à l'anatomique pathologique de la cystocèle vaginale (Lyon chirurgical, 1910).

